

| | | | |
|---|--|-------------------------------|---|
|  | 최초 시행일: 2013년 1월 마지막 수정일: 2015년 10월 수정 시행일: 2016년 1월 | 페이지 1/10 | 정책 번호 CA-FIN-501 |
| | 제목: 캘리포니아 자선 진료 및 할인 결제 정책 | | 승인: VP Revenue Cycle |

목적:

본 정책은 Providence Health & Services(이하 PH&S)의 지원금 및 응급 진료 정책을 명시하는 데 있습니다. 동 정책은 부담 능력이 없는 개인들에게 의료 서비스를 제공하고 진료비의 일부밖에 부담할 수 없는 이웃에게는 청구 금액의 일부를 할인해 주는 취지를 담고 있습니다. 본 프로그램은 PH&S 가 제공하는 응급 진료와 기타 의료 서비스만을 적용 대상으로 합니다. 아래에 기술된 정책과 지원금 프로그램은 PH&S 가 캘리포니아주 내에서 소유, 임대 또는 운영 중인 각 병원의 공식적인 지원금 정책("FAP")과 응급진료정책입니다.

캘리포니아주 내 PH&S 병원:

Providence Saint Joseph Medical Center, Providence Holy Cross Medical Center, Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro, Saint John's Health Center, Providence Tarzana Medical Center, Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance.

정책

PH&S 는 카톨릭계 보건기관으로서 그 미션과 핵심 가치에 따라 온정 서비스를 통해 모든 이에게, 특히 가난한 이웃과 취약한 이웃에게 신의 사랑을 실천합니다. 부담 능력과 상관 없이 지역 주민과 응급 의료 서비스가 필요한 사람들에게 보건 서비스를 제공하는 것은 각 PH&S 사목의 철학이자 관행입니다. 본 정책에서 "지원금"은 PH&S 가 제공하는 자선 진료와 기타 지원금 프로그램을 포함하는 개념입니다.

1. PH&S 는 응급의료서비스 및 자선진료와 관련하여 연방 및 주의 법률과 규정을 준수합니다.
2. PH&S 는 소정의 자격을 갖춘, 일차적 부담 능력이 없는 환자를 대상으로 자선 진료를 제공함으로써 PH&S 보건의료 서비스에 대한 금전적 부담을 전부 또는 일부 덜어 드립니다.
3. PH&S 는 핵심 가치에 따라 존중과 열정으로써 소정의 자격을 갖춘 환자에게 공정하고 일관된 자선 진료를 효과적이고 효율적인 방법으로 제공합니다.
4. PH&S 는 자선 진료를 결정할 때 연령, 종족, 피부색, 신조, 인종, 종교, 국적, 결혼유무, 성별, 성적 취향, 성평등 또는 표현, 장애, 참전용사 또는 군 지위, 기타 연방, 주 또는 지방법이 금지하는 기준으로 차별을 하지 않습니다.
5. PH&S 는 정당한 사유가 있을 경우 재량에 따라 본 정책의 범위를 벗어나 지원금을 승인할 수 있습니다. 추심 불가/추정 자선은 사회적 진단, 노숙인, 부도, 유산 없이 사망, 비환자/보증인의 지불 불능 이력, 추심 대행사에 양도하더라도 해당 계정이 해소되지 않는 등의 이유로 승인됩니다.
6. 본 정책은 2007년 1월 1일 발효된 California Assembly Bill 774 코드 Health and Safety Code Section 127400 *et. seq* 와 2008년 1월 1일 발효된 개정법 California State Senate Bill 350, 2011년 1월 1일 발효된 Assembly Bill 1503, 2015년 1월 1일 발효된 SB 1276 에 따라 해석되고 시행됩니다. Providence Health and Services Southern California(PHSSC) 시설의 추심 대행사는 모두 Health and Safety Code Section 127400 *et. seq*(변경법 포함)와 추심 대행사에 관한 관련 PHSS 정책을 준수합니다. 관련 지역 영업소 정책과 GOV-107, 채무 추심 기준, 실무 정책을 참고해 주십시오.

정의:

7. "자선 진료" 소정의 자격을 갖춘 환자를 대상으로 의학적으로 필요하거나 적절한 선택적 보건 서비스에 대해 금전적 부담을 전부 면제해주는 전액 지원금 서비스(전액 자선)를 말합니다.
8. "대금 할인" 소정의 자격을 갖춘 환자를 대상으로 의학적으로 필요하거나 적절한 선택적 보건 서비스에 대해 금전적 부담을 일부 면제해주는 부분 지원금 서비스(부분 자선)를 말합니다.

9. **총청구액** 해당 시설이 정한 요율로 환자 진료 서비스에 부과되는 총청구액으로 수입에서 공제금을 적용하기 전의 금액을 말합니다. 총청구액은 부분 자선 또는 개인부담 할인 대상자인 환자에게는 청구되지 않습니다.
10. **개인부담 할인** 보조금 지원 대상자가 아니고, 3자 지급인이 없거나 보험으로 제공받은 서비스를 감당할 수 없거나 혜택을 소진한 환자에게 제공되는 할인을 말합니다. 개인부담 할인 정책 **CA-FIN-5003** 을 참고하십시오.
11. **응급의 Business and Professions Code**(사업 및 직업 코드) 2장(섹션 2000 과 시작)에 따라 면허를 소지한 내과의사와 외과의사로서 병원으로부터 자격을 인정받고 동 병원에 고용되거나 계약을 통해 의뢰를 받아 동 병원의 응급 부서에서 응급 의료 서비스를 제공하는 자를 말합니다. 단, 병원의 응급 부서로 호출되거나, 직원으로 있거나, 응급 부서가 아닌 곳에서 근무하는 내과 전문의는 제외합니다. **PHSSC** 병원에서 환자에게 응급 의료 서비스를 제공하는 응급의는 캘리포니아 법에 따라 보험 가입이 되어 있지 않거나 연방 빈곤 수준의 **350%** 미만인 환자로서 의료비용이 높은 환자에 대해 할인을 제공해야 합니다.
12. **PH&S의 FAP 적용 대상** 각 해당 PH&S 병원 시설 외에 병원 체류 중 PH&S 환자에게 진료 서비스를 제공하는 의사 등은 구체적으로 별도의 언급이 없는 한 본 정책의 적용을 받습니다. 별첨 A 에 PH&S 병원 부서에서 진료 서비스를 제공하는 의사의 명단과 PH&S 지원금 정책의 적용 여부가 수록되어 있습니다. 이 명단은 www.providence.org 에 게시되어 있으며 병원에서 재무 상담사에게 요청하시면 종이로 된 문서를 구할 수 있습니다.
13. **정책 적용 대상 서비스:** 자선 진료와 부담금 할인 정책은 응급 또는 의학적으로 필요한 진료 또는 적절한 선택 진료를 받는 환자에게 제공되는 모든 서비스에 적용되며, 여기에는 자기 부담 환자들과 해당 환자가 금전적으로 부담 능력이 없다고 판단되는 **Medicare** 및 **Medi-Cal** 비용 공유 금액을 포함하여 3자 지급인이 요구하는 공동부담 책임 등이 포함됩니다. 의학적으로 필요한 보건 서비스에는 다음과 같은 것들이 포함됩니다.
 - a. 응급부서에서 제공하는 응급 서비스
 - b. 즉시 처치하지 않으면 환자의 건강이 악화되는 상태에 대한 서비스
 - c. 응급 부서 밖에서 생명을 위협하는 상황에 대해 제공되는 비용급 서비스(직접 입원)
 - d. **Medicaid** 수익자에게 제공되는 의학적으로 필요한 서비스로서 비보장 서비스
 - e. 기타 PH&S 가 사안별로 판단하는 의학적으로 필요한 서비스
14. **적격 선택적 진료 포함 사항**
 - a. 환자와 담당 의사는 연기 가능한 선택적 진료에 대해 자선 서비스를 강구할 수 있습니다. 선택적 진료는 다음 조건을 모두 충족하는 때에 한해 자선 및 할인 서비스 대상이 됩니다.
 - i. **PH&S** 시설의 의료진 중 한 사람이 자선 서비스 요청서를 제출해야 합니다.
 - ii. 환자가 서비스 요청을 하는 의사의 환자이고 진료의 연속성을 위해 해당 진료가 필요해야 합니다. 마취가 필요한 시술은 자선 서비스의 대상이 되지 않습니다.
 - iii. 의사는 무료 진료를 포함해 병원이 본 정책의 자선 가이드라인에 따라 정한 것과 동일한 할인율로 서비스를 제공해야 합니다.
 - iv. 환자는 (**PH&S** 가 정한) 서비스 구역에 거주해야 합니다.
 - v. 환자는 선택적 진료를 받기 전에 지원금 신청서를 작성하고 **PH&S** 의 서면 승인을 받아야 합니다.
15. **적격 자선** 다음 중 한 가지 이상의 기준에 따라 본 정책에 명시된 부담 능력에 의해 판단합니다.
 - a. **추정 자선** – 개별 평가를 통해 다음에 해당하는 경우 지원금 신청서를 요구하지 않습니다.
 - i. 환자에게 거주지 주소가 없음(예: 노숙인)
 - ii. 본 정책에서는 대상이 되는 것으로 간주되지만 3자 지급인이 보장하지 않는 서비스가 **Medicaid**(캘리포니아 거주자는 **Medi-Cal**)나 주 빈곤 프로그램(**Restricted Medi-Cal** 보장범위 밖에서 서비스 수령)에 가입된 환자에게 제공되었거나 서비스가 **Medi-Cal** 치료 승인을 받지 못하였음. 이는 이들 프로그램의 재정적 자격요건에 한계 자산과 **Medi-Cal** 이 정의한 비용 부담액 이하를 최대 부담 능력으로 해야 한다는 항목이 들어 있기 때문임.
 - iii. 환자의 지불 불능이 외부 추심 대행사의 소득/자산 조사 결과 드러났음. 대행사가 소송을 제기하지 않기로 결정하는 경우, 해당 계정은 휴면 상태로 설정되며, **PH&S** 는 월간 검토를 통해 자선 수락과 대행사의 취소, 신용보고 생략 등 추가 조치를 정합니다.
 - iv. 지역 영업소 직원이 3자를 이용한 소득/자산 조사를 통해 환자의 부담 능력 부재를 확인하였음.

- b. **자선** – 지불 불능에 대한 개별 평가를 위해서는 다음 중 한 가지가 필요합니다.
- i. PHSSC 지역 내 모든 시설을 대상으로 하는 **Mary Potter Program for Human Dignity**(인간존엄을 위한 메리 포터 프로그램) 지원금 신청서 작성
 - ii. 환자의 총 소득이 지원금 신청 시점에 적용되는 **Federal Poverty Guidelines(FPG: 연방빈곤가이드라인)**의 **300%** 미만이라는 확인서. 소득 수준이 여기에 해당하는 환자는 **100%** 자선 진료 대상자로 간주합니다.
 - iii. 환자의 총 소득이 지원금 신청 시점에 적용되는 **FPG**의 **100~350%**이면서 개인 재무 상황(높은 의료비 부담 등)으로 인해 대금 할인(부분 자선 진료) 또는 **100%** 자선 진료 대상자라는 확인서. 시설은 환자의 개인 재정 상황을 평가할 때 환자의 소득과 현금 자산을 고려할 수도 있습니다. 단, **Internal Revenue Code(세법)**에 의거하여 인정되는 퇴직 또는 이연보상플랜 또는 인정되지 않는 이연보상플랜은 현금 자산에 포함되지 않습니다. 또한, 환자의 대상 여부를 판정할 때 현금 자산 **10,000** 달러까지는 산입하지 않으며, **10,000** 달러를 초과하는 현금 자산의 **50%**도 대상 여부 판정 시 산입하지 않습니다. 소득과 현금 자산에 관하여 획득한 정보는 추심 활동에 쓰이지 않습니다.
 - iv. 소득이 **FPG**의 **350%**를 초과하는 환자는 치료를 제공한 병원이 서비스 제공의 대가로 신의성실 원칙에 따라 그 병원이 참여하는 **Medicare** 나 **Medi-Cal, Healthy Families Program**, 기타 정부 후원 건강혜택 프로그램으로부터 수령할 것으로 기대하는 금액(그 중 가장 큰 금액)의 **100%**를 초과하여 부담하지 않습니다. 이 금액은 적어도 일년에 한 번 검증받아야 합니다. 치료를 제공한 병원이 참여하고 있는 건강 혜택들에 대해 **Medicare** 나 기타 정부 후원 건강 프로그램에서 책정한 금액이 없는 서비스를 해당 병원에서 제공하는 경우, 해당 병원이 할인 대금을 규정해 책정합니다. 총 소득이 **FPG**의 **350%**를 초과하는 환자는 해당하는 개인 부담 입원/통원 할인 보전률과 해당 주의 공동 부담액 중 낮은 금액 이상을 부담하지 않습니다. 또한, 총 소득이 **FPG**의 **350%**를 초과하는 보험 미가입 및 가입 환자로서 직전 12개월의 총 의료비가 연간 총소득의 **10%**를 초과하는 자는 **100%** 자선 혜택을 받습니다. 자선 대손 처리 대상이 되는 비용에는 보험이 청구되고 보험 부채가 추심된 후의 환자 부채만 포함됩니다.

참고: 총청구액은 부분 자선 또는 개인 부담 할인 대상자인 환자에게는 적용되지 않습니다. 총청구액이 해당 **Medicare** 또는 개인부담률에 따라 조정되면, 환자의 부채는 추심 대행사에 이관되더라도 변하지 않습니다.

16. 지원금 수령 대상인 환자에게 청구되는 금액 산정 근거

- a. 본 정책에 따른 청구액에 적용되는 할인과 제한은 다음과 같이 분류됩니다.
- i. **100% 할인/무료 진료:** 가족 규모를 반영한 가계 총소득이 연방빈곤기준("FPL")의 **300%** 미만인 환자 또는 보증인은 응급 또는 의학적으로 필요한 진료에 대한 총 병원비를 **100%** 할인받을 수 있습니다. 단, 환자 또는 보증인이 다른 사적 또는 공적 건강보장 후원의 대상자가 아닐 때에 한합니다.
 - ii. **청구액의 75% 할인:** 별첨 B에 명시된 **PH&S** 소득연동요금제를 적용하여 소득이 현재 **FPL**의 **301-350%**인 환자 또는 보증인에 대해 **75%** 할인의 형태로 제공될 지원금을 결정합니다. 단, 해당 환자 또는 보증인이 받을 가능성이 있는 지원금이 모두 소진되거나 거부되고 개인 금융 자원과 자산이 청구된 비용의 변제에 사용될 가능성이 검토된 경우에 한합니다. 가계 소득이 연방 빈곤기준의 **350%**를 초과하는 개인이나 보증인이더라도 심각한 자금난이나 개인적 손실을 겪고 있다면 지원금이 제공될 수도 있습니다.
 - iii. **지원금 대상 환자 전원에 대한 청구액 제한:** 지원금 대상 환자 전원에 대한 청구액 제한: 상기 할인의 대상이 되는 환자 또는 보증인은 **PH&S**에게 응급 또는 기타 의학적으로 필요한 서비스를 받은 대가로 총청구액 중 **Treasury Regulation(재무부 규정) Section 1.501(r)-1(b)(2)**에 명시된 "**Amounts Generally Billed**"(**AGB: 일반청구액**) 비율을 초과하는 금액을 부담하지 않습니다. **PH&S**는 응급 또는 의학적으로 필요한 진료에 대한 병원의 총청구액에 **Medicare**에서 허용하는 지급 청구를 기준으로 한 고정 비율을 곱하여 **AGB**를 산정합니다. **PH&S** 병원이 적용하는 **AGB** 비율과 산정 방식은 www.providence.org에서 확인할 수 있습니다. 아니면 **1-866-747-2455**에 전화하여 같은 내용이 담긴 문서를 요청해도 됩니다. 1 또한, 지원금 수령 대상인 환자에게 제공한 응급 또는 의학적으로 필요한 보건 서비스에 대해 12개월 기간에 추심 가능한 최대 금액은 해당 환자 총 가계소득의 **20%**입니다. 단, 해당 환자가 본 정책에 따른 자격을 계속 유지하는 경우에 한합니다.

¹여기서, 최대 금액이 적용되는 12개월은 본 정책 시행일 후 대상 환자가 대상 보건 서비스(즉 의학적으로 필요한 서비스)를 받은 첫 날 시작됩니다.

17. 자선 진료는 다음에 해당하지 않습니다.

- a. **부실 채권:** 환자가 납부를 꺼리거나 지원금 자격에 미달하여 지불 불능 상태임이 입증되면 발생합니다.
- b. **계약 조정:** 서비스에 대한 소매 청구액과 공제 대상인 보장 서비스에 대해 정부 또는 위탁 받은 관리 의료 지급인이 허용하는 금액의 차
- c. **기타 조정:**
 - i. **서비스 복구 조정** 환자가 최적 환자 진료 경력에 미달한다고 확인되면 완료됩니다.
 - ii. **위험 관리 조정:** 위험 책임의 가능성이 있는 상황이 확인되고 **Providence Risk Management** 가 진료비를 부담하고 환자에게 청구하지 않기로 결정한 경우.
 - iii. **지급인 거절:** 시설이 계약 조건에 따른 청구 시점을 지키지 않아 결제를 받을 수 없거나 관리 의료 지급인이 서비스를 소급하여 거절하고 이의제기가 받아들여지지 않은 경우.

18. 합리적 상환 계획: 협상을 통해 계획을 도출할 수 없을 때 **SB 1276** 에서 부분 자선의 자격이 있는 환자에게 요구하는 기본 계획. **SB 1276** 은 계획을 환자 월 가계 소득의 **10%**를 넘지 않는 월 결제액(최저 생활비 공제액 제외)으로 정의합니다.

- a. **“최저 생활비”**란 본 절의 목적에 한하여 다음 중 하나에 대한 경비를 말합니다. 임대료 또는 주택 비용 및 관리비, 식료품과 가정용품, 수도광열 및 전화, 의복, 의료/치과 비용, 보험, 교육 또는 육아, 아동/배우자 부양, 교통비/자동차 경비(보험, 연료, 수리비 포함). 할부금, 세탁 및 청소, 기타 추가 비용. 응급의와 그 수탁자는 합리적인 상환 계획 수립 시 병원의 소득 및 비용 결정에 의존할 수 있습니다.

평가 프로세스:

환자와 보증인은 다음 중 한 가지 수단으로 본 정책에 따른 지원금을 신청할 수 있습니다. **(1) PH&S** 의 환자 지원금 담당 직원에게 퇴원 시 또는 그 전에 지원금을 신청한다고 고지하고 신청서와 기타 **PH&E** 가 요청하는 서류를 제출합니다. **(2) PH&E** 의 홈페이지 www.providence.org 에서 신청서 양식을 내려 받아 필요 서류와 함께 제출합니다. **(3) 전화(1-866-747-2455)**로 신청서를 요청해 제출합니다. **(4) 그 밖에 PH&S** 의 청구 및 추심 정책에서 정한 방법을 이용합니다. **PH&E** 는 응급부서와 입원구역 등 적당한 출입 구역에 지원금 정책에 관한 안내판과 정보를 게시합니다.

자선 진료를 원하는 사람에 대해서는 예비 심사를 실시하며, 결격 사유가 없다면 신청서를 작성 요령과 함께 제공합니다. 이 심사 과정에서 **PH&S** 는 보증인이 3 자 부담원을 소진했는지 또는 대상자가 아닌지 검토합니다. 보증인의 곤궁한 처지가 **PH&S** 에게 명백하다면 일단 대상자로 결정할 수 있으며 이 경우 **PH&S** 는 신청서 또는 증빙 서류를 요구하지 않아도 됩니다.

일차 심사 후 자선 진료 신청 대상자로 선정된 보증인은 신청 후 **14** 일 이내, 그리고 퇴원 후 첫 청구서가 환자에게 발송된 후 **240** 일 이내 중 늦은 날까지 **PH&S** 에게 자선 결정을 증빙하는 서류를 제출해야 합니다. **PH&S** 는 제출된 서류를 근거로 추가 정보의 필요 여부 또는 자선 대상 여부를 결정합니다. 보증인이 상기 기한 내에 신청 절차를 제대로 완료하지 못하면 **PH&S** 는 이를 근거로 추심을 개시할 수 있습니다.

후원 지위와 자선 진료 대상 여부의 최초 결정은 서비스 일자에 최대한 임박하여 내립니다.

PH&S 는 필요 서류 접수 후 **10** 영업일 이내에 서면으로 최종 결정을 보증인에게 통보합니다.

보증인은 거부 통지 수령 후 **30** 일 이내에 관련 서류를 보강하여 **PH&S** 에 자선 진료 대상자 제외 결정에 대한 이의를 신청할 수 있습니다. 모든 이의 신청은 검토되며, 거부가 정당한 것으로 확인되면 주법에 따라 보증인과 **Department of Health** 에 서면으로 고지합니다. 최종 이의신청 절차는 신청인이 거부 통지를 수령한 후 **30** 일 이내에 완료됩니다.

그 밖에 다음과 같은 상황들이 지원금 대상에 해당될 수 있습니다.

- 추심 제한에 대한 법적 지위가 만료된 상황
- 보증인이 사망했고 유산이나 유언을 남기지 않은 상황
- 보증인이 파산 신청을 한 상황
- 보증인이 본인의 지원금 대상 자격을 입증하는 금융 기록을 제출한 상황
- 금융 기록에서 보증인의 소득이 절대로 채무를 변제할 수 있을 정도로 증가하지 않을 것임이 확인되는 상황(예: 보증인의 여생 동안 소득이 고정액인 경우)

청구 및 추심: 이용 가능한 할인 적용 후 환자 또는 보증인의 채무에 미결제 잔액이 있는 경우, PH&S의 일관된 청구 및 추심 정책에 따라 추심 대행사로 이관됩니다. 환자나 보증인의 채무에 대한 PH&S의 청구 및 추심 실무에 대한 자세한 내용은 각 PH&S 병원 접수처 또는 www.providence.org에서 무료로 제공하거나 전화(**1-866-747-2455**)로 요청하여 받아볼 수 있는 'PH&S의 청구 및 추심 정책집'을 참조하십시오.

참고문헌/관련 정책

American Hospital Association Charity Guidelines
California Hospital Association Charity Guidelines
California Alliance of Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines
Providence Health and Services Commitment to the Uninsured Guidelines
Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (Federal Exemption Standards) Private Pay Discounting Policy CA-FIN-5003
Regional Business Office Debt Collection Standards and Practices Policy, RBO-GOV-107

협업

본 정책은 다음 부서와 협업을 통해 마련되었습니다.

PHSSC 재무부서
Providence 건강 및 서비스법무부

승인:

Teresa Spalding
VP Revenue Cycle _____
서명

일자

부록 A

PH&S의 지원금 정책과 관련 할인의 적용을 받지 않는 병원급 의사

PH&S 병원에서 진료 서비스를 제공하는 의사의 명단과 PH&S 지원금 정책의 적용 여부 이 명단은 www.providence.org에 게시되어 있으며 병원의 재무 상담사에게 요청하시면 종이로 된 문서를 구할 수 있습니다. 의사가 지원금 정책의 적용 대상이 아니라면 해당 의사는 환자가 병원에 체류하는 동안 본인이 제공하는 의료 서비스에 대해 별도로 청구합니다. 이때 본인의 자체 지원금 가이드라인이 있다면 그것을 따릅니다.

별첨 B
PH&S CA 자선 진료 소득연동요금

소득 및 자산이 FPL 의 300% 초과하는 보증인은 가계 소득 및 자산을 소득연동요금의 적용 여부를 판단할 때 고려합니다.

고려 대상 자산: IRA 의 403b, 401k 는 본 정책에 따라 면제됩니다. 단, 환자가 거기에서 활발하게 인출하지 않을 때에 한합니다. 기타 자산에 대해서는 10,000 달러까지 면제됩니다.

| 연방 빈곤기준선 대비 소득과 자산의 비율 | 원 청구액 대비 할인율(대손 처리) | 보증인에게 청구되는 잔액 |
|---------------------------|------------------------|------------------|
| 100-300% | 100% | 0% |
| 301-350% | 75% | 25% |

별첨 C

추심 업무 고지 병원 서비스에 대한 채무 추심과 관련된 환자의 권리

주 및 연방법은 추심자에게 채무자를 공정하게 대할 것을 규정하는 한편 거짓 진술이나 폭력의 위협, 욕설이나 불경한 언어의 사용, 고용주를 포함한 3자와의 부적절한 통신을 금하고 있습니다. 비상 상황을 제외하고, 추심자는 오전 8시 이전, 오후 9시 이후에 채무자에게 연락할 수 없습니다. 일반적으로, 추심자는 채무자의 채무 관련 정보를 채무자의 변호인 또는 배우자를 제외한 타인에게 제공할 수 없습니다. 추심자는 채무자의 소재지를 확인하거나 판결을 집행할 목적으로 타인에게 연락할 수 있습니다. 추심 활동에 관한 자세한 사항은 **Federal Trade Commission(연방거래위원회)**에 전화(1-877- FTC-HELP (382-4357)) 또는 홈페이지(www.ftc.gov)를 통해 확인할 수 있습니다.

환자가 단체 또는 개인보험 또는 3자 지급인 프로그램을 통해 보장을 받고 있고 당사가 환자를 대신해 청구하기를 원할 경우 가입 정보를 당사에 제공해야 합니다. 이것은 환자의 보험 카드 또는 증권 정보가 수록된 기타 문서(해당할 경우 피부양자 보장서)를 제시하는 것으로 같음할 수 있습니다. 이 채무 변제에 도움이 필요할 경우, **Medicare, Medi-Cal, Healthy Families, California Children's Services, California Victims of Violent Crimes**, 자동차 의료보험, 기타 자선 진료 등 3자 프로그램의 수혜 대상이 될 수도 있습니다. 이 제도를 이용하고자 할 경우, 병원 입원 또는 영업소 담당자에게 문의하시기 바랍니다. 병원 자선 및 자기부담 할인 정책은 입원 또는 영업소 지원금 담당자에게 도움을 청하거나 병원 홈페이지에서 양식을 내려 받으시면 됩니다.

비영리 신용 상담 서비스도 이용 가능합니다. 이들 프로그램의 목록은 전화번호부를 참고하십시오.

환자 또는 책임자는 **Conditions of Hospital Admission or Outpatient Treatment(병원 입원 또는 외래 치료 조건)**에 서명해야 합니다. 이 문서에는 병원이 제공하는 서비스에 대한 금전적 부담 책임을 인정하는 내용이 포함됩니다. 병원에서는 환자가 가입 정보를 제공하는 3자 지급인에게 청구합니다. 환자는 이 가입자가 정한 공동 부담금의 부담을 요청 받습니다. 이 프로그램에서 보장하지 않는 서비스에 대해 책임을 져야 할 수도 있습니다. 환자에게는 서비스 완료 후에 청구됩니다. 단, 서비스 제공 전에 보증금이 요청될 수도 있습니다. 채무가 변제되지 않으면, 해당 계정은 병원과 계약된 외부 추심 대행사로 이관됩니다. 이 추심 대행사는 위 채무 추심 원칙을 준수합니다. 채무가 계속해서 변제되지 않으면, 추심 대행사는 병원을 대신하여 신용정보기관에게 미변제 채무를 고지하고 법적 절차를 개시할 수도 있으며, 이는 급여 차압이나 환자 또는 책임자의 자산에 대한 유치권 설정으로 이어질 수도 있습니다. **Providence** 보건 및 서비스 자선 정책에서는 가계 소득이 연방빈곤기준선(FPG)의 250%에 미달하는 사람은 지원금 신청서를 제출하면 전액 지원을 받을 수 있다고 규정하고 있습니다. 총소득이 250%를 초과하는 사람도 신청서에 기재된 정보에 따라 부분 또는 전액 지원 대상자가 될 수도 있습니다.

본 고지에 관해 궁금한 사항은 입원 또는 영업소 담당자 또는 전화 800(해당 병원 연락처 기재)으로 문의하시기 바랍니다.

별첨 D



지원금 요청서

| I. 환자 정보 | | | | |
|----------|----------|----|----------|--|
| 환자 성명 | 성 | 이름 | 중간이름 이니셜 | 사회보장번호 |
| 주소 | 거리 | 시 | 주 | 우편번호 |
| 전화번호 | 자택 | 직장 | | |
| 생년월일 | 주치의(PCP) | | | 미국 시민 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 |

| II. 보증인 정보 | | | | |
|---------------|----|----|--|--------|
| 청구금 납부 책임자 성명 | | | | 관계 |
| 주소 | 거리 | 시 | 주 | 우편번호 |
| 자택 | | 직장 | | 사회보장번호 |
| | | | 미국 시민 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 | 생년월일 |

서비스를 받은 적이 없고 예비 대상자 신청을 하는 경우 이 상자에 표시하십시오.

타 건강관리 기관에서 지원금 승인을 받은 적이 있습니까? 예 아니요

예라면, 해당 기관의 명칭을 기입하십시오. _____

내과의 또는 외과의의 추천을 받고 신청하시는 것입니까? 예 아니요

예에 해당하는 경우, 해당 의사의 성명과 전화번호를 기재하십시오. _____

III. 세대 정보 - 신청인 본인을 포함하여 귀 세대에 거주하는 사람을 모두 기재하십시오. 필요하면 별지를 사용하십시오.

본인을 포함해 귀 세대에 거주하고 있는 사람을 모두 기재하십시오. 소득은 (세전) 임금, 육아지원소득, 위자료 소득, 임대소득, 실업수당, 사회보장혜택, 공적/정부 부조, 서비스 제공 대가로 받는 임대료 또는 생활비 등을 말합니다.

| 세대 구성원 | 연령 | 환자와의 관계 | 소득원 또는 고용주(직장)명 | 서비스 일자 전 월 총소득 | 보험가입 여부 (예 또는 아니요에 동그라미) 예에 해당하는 경우, 보험 기재 (예: Blue Cross, PHP 등) |
|--------|----|---------|-----------------|----------------|--|
| 1. | | | | | 예 아니요 |
| 2. | | | | | 예 아니요 |
| 3. | | | | | 예 아니요 |
| 4. | | | | | 예 아니요 |
| 5. | | | | | 예 아니요 |
| 6. | | | | | 예 아니요 |
| 7. | | | | | 예 아니요 |
| 8. | | | | | 예 아니요 |
| 9. | | | | | 예 아니요 |

IV. 비용과 자산

| | | |
|-------------------|-------------|-----------------------|
| 임대료 _____ | | 여가용 차량 _____ |
| 주택대출 상환 _____ | 증빙 발송 _____ | 의료보험료 _____ |
| 주택대출 잔금 _____ | 증빙 발송 _____ | 주식, 채권, 은퇴 계정 등 _____ |
| 수도광열비 _____ | | 월육아비용 _____ |
| 당좌계좌 잔액 _____ | | 자택 제외 부동산 _____ |
| 당좌계좌 잔액 _____ | | 기타 자산 _____ |
| 자동차 할부금 _____ | | _____ |
| 자동차 연식과 제조사 _____ | | _____ |

전업 학생입니까? _____ 학생 대출 보고서를 제출해 주십시오.
 어떤 형태로든 공적 부조(푸드 스탬프, HUD 주택 등)를 받는 것이 있습니까? _____ 에에 해당하는 경우, 증빙을 보내 주십시오.

직전 12 개월 의료비 총액은 얼마입니까? (납부 증빙을 제출해 주십시오)

부/모나 그 밖의 사람에게 도움을 받고 계십니까? 예 아니요
 예라면, 도움을 주고 있는 사람의 소득과 세금 정보를 기재해 주십시오.
 개인의 상황을 설명하는 서신이 필요하다면 작성해 본 양식에 첨부해 주십시오.

V. 필수 정보 - 본 신청서에 반드시 포함해야 합니다.

다음 서류들을 동봉하였는지 체크해 주십시오.

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 전년도 소득 신고서 사본 | <input type="checkbox"/> 최근 3 개월 은행 거래 내역서 | <input type="checkbox"/> 올해 현재까지 소득 증빙 또는 전체 소득의 명세서 |
|--|--|--|

자영업자인 경우에는, 최근 12 개월 손익계산서와 최근 연도 소득 신고서를 제출해 주십시오. 신청서 처리 시 추가 정보가 필요할 수도 있습니다. 해당하는 경우, 연락을 드리겠습니다.

VI. 승인

본인은 위 금융 관련 질문에 대해 기재한 사항이 본인이 알고 있는 한 정확하고 완전하다고 확인합니다. 본인은 Providence Health & Services 에게 제시된 정보를 확인할 권한을 부여하며 이 확인의 일환으로 신용 조회를 실시할 수도 있음을 알고 있습니다.

X _____
 담당자 서명

일자

Providence Health & Services 는 여러분의 건강 관리를 위해 최고의 서비스를 제공하고자 노력합니다.